様式第1号(第5条関係)

**太宰府市国民健康保険はり・きゅう受療証交付申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証  記号・番号 | | 記号 | ２１ | 番号 | ０ | ０ | |  |  |  |  |  | 交付番号 | |  | | |
| 世帯主氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受療を希望する被保険者 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | | | 生年月日  昭和・平成　 年 　月　 日 | | | | | | | 続柄 | |  |
| 太宰府市国民健康保険はり・きゅう受療証の交付を受けたいので、被保険者証を添えて申請  します。    　　　　　年　　月　　日  　申請人(受療を希望する人)  　住所　太宰府市  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　－　　　　－    太宰府市長殿 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の受療証を受療しました。  　　年　　月　　日  代理人が受領される場合は下記をご記入ください。    代理人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所　太宰府市  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　－　　　　－  　　　申請人との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | 受領印 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請人、代理人  本人確認書類等 | 被保険者証 ・ 運転免許証 ・ パスポート ・ マイナンバーカード等・  各種医療証 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

* 別世帯の代理人が申請する場合は、本人自筆の委任状が必要です。

**太宰府市国民健康保険はり・きゅう受療証交付申請書**

記入例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証  記号・番号 | | 記号 | ２１ | 番号 | ０ | ０ | | ９ | ９ | ９ | ９ | ９ | 交付番号 | |  | | |
| 世帯主氏名 | | 太宰府　太郎 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受療を希望する被保険者 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | 太宰府　花子 | | | | | | 生年月日  昭和・平成31年5月　5 日 | | | | | | | 続柄 | | 妻 |
| 太宰府市国民健康保険はり・きゅう受療証の交付を受けたいので、被保険者証を添えて申請  します。    　平成○○年○○月○○日  　申請人(受療を希望する人)  　住所　太宰府市　○○　○丁目　　　番　　　号　　　○○　　　○○○号  氏名　　太宰府　太郎　　　　　　　　TEL　　○○○－○○○○－○○○○    太宰府市長殿 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の受療証を受療しました。  　　年　　月　　日  代理人が受領される場合は下記をご記入ください。    代理人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所　太宰府市  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　－　　　　－  　　　申請人との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | 受領印 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請人、代理人  本人確認書類等 | 被保険者証 ・ 運転免許証 ・ パスポート ・ マイナンバーカード等・  各種医療証 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

* 別世帯の代理人が申請する場合は、本人自筆の委任状が必要です。